

REVISTA VASCULAR

DO CONE SUL

Ano 3 | Nº 7
Abril | 2022



SBACV-PR



SBACV-SC



SBACV-RS



VÊM AÍ A 20ª EDIÇÃO DO
PARANÁ VASCULAR E O
CONESUL 2022

Páginas 5 e 13

UMA REFLEXÃO ÉTICA
E BIOÉTICA SOBRE O
ENSINO DA CIRURGIA
VASCULAR

Página 4

NO ARTIGO COMENTADO,
UMA TÉCNICA
INOVADORA

Página 10

Congresso reunirá especialistas nacionais e internacionais

Confira entrevista sobre o 44º
CBACV, que acontecerá em
agosto, com a participação de
300 palestrantes do Brasil e 40
de outros países.

Página 6



Os eventos médicos e científicos pós-pandemia

Em dezembro de 2020, foi publicada a edição No 2 da REVISTA VASCULAR DO CONE SUL. Naquele momento, o mundo inteiro experimentava a segunda onda da Covid-19, que se iniciara dois meses antes e seria muito mais grave do que a primeira onda, que tinha varrido o mundo no primeiro semestre de 2020.

O editorial do No 2 da REVISTA tinha como título **“Os eventos médicos em tempos de pandemia”**. O texto descrevia as profundas mudanças desencadeadas em todo o mundo para tentar conter a disseminação do vírus SARS-CoV-2. As ações de combate à pandemia, como a imposição de distanciamento social, suspensão de atividades de ensino, restrições ao comércio e às atividades culturais, provocaram em alguns meses transformações sociais que só iriam se desenrolar ao longo de uma década. Mudanças tão aceleradas só foram possíveis porque vivemos num mundo interconectado por redes digitais, que permitem comunicação instantânea e relações comerciais seguras, sem a necessidade de contato físico entre os participantes. As novas formas de relação social, batizadas na língua oficial do mundo digital – o *tech english* – incluem o *home office*, o *e-commerce* e as *lives* ou eventos *on-line*.

No meio médico, a transformação mais evidente se deu nas reuniões e eventos médico-científicos. Em questão de semanas, todos os en-

contros de médicos, de reuniões clínicas num hospital a grandes encontros e congressos, passaram a ser a distância, por meio de plataformas digitais. Congressos presenciais foram cancelados ou adaptados para transmissão *on-line*. Como qualquer inovação tecnológica implantada às pressas, os eventos *on-line* foram marcados por falhas de conexão, problemas de transmissão e redes instáveis. Mas as dificuldades iniciais foram superadas e estas transformações hoje parecem irreversíveis. O processo de adaptação às novas formas de comunicação e trocas de informações foi surpreendentemente rápido. O tempo das reuniões presenciais parecia ter ficado definitivamente no passado. Só se falava no “novo normal” pós-pandemia.

Agora, tudo indica que a epidemia que assolou o mundo por dois anos está próxima do fim. A Covid-19 vai se transformando de uma epidemia global em uma série de endemias, que vão ficando circunscritas a regiões. O número de mortes e de internamentos já são comparáveis aos números do período pré-pandemia. Na maioria dos países desenvolvidos, as restrições foram suspensas ou estão em vias de suspensão. Eventos presenciais estão voltando a acontecer, ainda que de forma tímida. As sociedades científicas, como a nossa SBACV, enfrentam agora uma nova situação: como agir na retomada dos calendários de eventos científicos.

A grande dúvida que tira o sono dos dirigentes das sociedades é o formato dos eventos de agora em diante: *lives on-line*, presenciais ou híbridos.

Os primeiros eventos pós-pandemia já estão acontecendo. No âmbito da Cirurgia Vascular/Angiologia, tivemos em março o IV SIMVASC – simpósio organizado pelos serviços universitários do Interior de São Paulo – e o XXXVI Encontro Carioca. Ambos foram eventos presenciais, com número expressivo de participantes. Se esta experiência inicial se repetir ao longo do ano, a previsão de que o futuro será dominado por eventos *on-line* começa a ser questionada. Nos novos tempos pós-pandemia, o formato dos eventos médicos vai responder a uma questão: as mudanças ocorridas nos dois anos serão permanentes – o “novo normal”? Ou será que o(a)s médico(a)s vão manter sua tendência gregária, e voltar a se reunir presencialmente nos seus eventos? A resposta deve vir em alguns meses, quando a pandemia for apenas um pesadelo que ficou no passado.



Seções

REVISTA

VASCULAR

DO CONESUL



A REVISTA VASCULAR DO CONESUL é uma publicação institucional com o objetivo de divulgar informações, eventos e atividades científicas das Regionais do Sul. A publicação é trimestral, com conteúdo gerado pelos sócios e por colaboradores convidados do Brasil e do exterior. A publicação tem as seguintes seções:

EDITORIAL

Texto de opinião, escrito pelo Conselho Editorial ou por convite.

EVENTOS

Anúncios de congressos, encontros e simpósios das Regionais do Sul. Programas de eventos promovidos pelas Regionais.

MEMÓRIA

História das Regionais e dos sócios que fizeram esta história. Notas biográficas sobre os grandes colegas que nos antecederam.

ARTIGOS COMENTADOS

Artigos científicos publicados por sócios das Regionais, com comentários de convidados pelo Conselho Editorial.

RESENHAS

Resenhas de livros publicados por sócios das Regionais.

DEFESA PROFISSIONAL

Textos sobre condições de trabalho e remuneração profissional.

VIDA ACADÊMICA

Resumos de teses, dissertações e monografias de sócios das Regionais.

CASOS & IMAGENS

Casos narrados por sócios das Regionais.

ÁGORA

Artigos de opinião sobre assuntos científicos e culturais.

CIRURGIA VASCULAR E A JUSTIÇA

Textos sobre assuntos médico-legais

ESPAÇO LIVRE

Espaço para publicação de textos literários: crônicas, contos, poesia.

EXPEDIENTE

A Revista Vascular do Cone Sul é uma publicação trimestral das Regionais do Sul da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular: SBACV-PR (sbacvparana@gmail.com), SBACV-SC (sbacv-sc@sbacvsc.com.br) e SBACV-RS (vascular@sociedadesonline.com.br).

Conselho Editorial Presidentes

PR Dr. Ricardo C. Rocha Moreira
RS Dr. Regis Fernando Angnes
SC Dr. Rafael Narciso Franklin

Diretores de Publicações

PR Dr. Fabiano Luiz Erzinger
RS Dra. Luciane Goulart Barreneche
SC Dr. Daniel Ishikawa

Jornalista responsável

Priscilla Carneiro – MTB 13.221

Projeto Gráfico e Diagramação

Vicente Design

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores, não representando necessariamente a opinião das Regionais.

Uma reflexão ética e bioética sobre o ensino da Cirurgia Vascular



A Medicina é uma ciência, cujo exercício está ligado ao conhecimento e respeito ao Código de Ética Médica, à Bioética e à lei.

Isto se aplica tanto no atendimento ao paciente quanto no ensino da Medicina.

A Constituição brasileira garante que todos são iguais e que não pode haver discriminação por qualquer motivo.

Isto também é visto no principal princípio da Bioética, que é o de que a Justiça garante o acesso igualitário à saúde para todas as pessoas, sem discriminação por qualquer motivo.

No Código de Ética Médica encontramos três pilares do atendimento ao paciente nos Princípios Fundamentais.

O Princípio Fundamental número 1 diz: a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

O Princípio Fundamental número 2 diz: o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Já o Princípio Fundamental número 5 diz: compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade.

Isto sedimenta que a Medicina é voltada sempre para o paciente, não podendo ter seus objetivos desviados para outras intenções.

O principal modelo de ensino da Cirurgia Vascular é a Residência Médica (RM), que exige que o candidato tenha dois anos de Cirurgia Básica para realizar dois anos de Cirurgia Vascular, com um terceiro ano de Cirurgia Endovascular. Muito em breve talvez a RM passe para três anos.

Durante a RM, cabe ao Serviço ensinar ao médico residente quando operar e quando não operar (sendo isto o mais difícil), como também como operar, de modo que cada residente deve realizar um número de cirurgias/ano.

Com a evolução das técnicas e dos materiais endovasculares, ocorreu um rareamento das cirurgias a céu aberto, o que trouxe uma preocupação para os centros formadores. Alguns deles desistiram de sua RM por não conseguirem formar um cirurgião que saiba fazer cirurgia aberta e endovascular, fazendo com que o residente tenha um aprendizado deficiente, saindo da RM sem segurança de realizar cirurgias abertas. Isso é ruim, pois diminui a oferta e a formação de novos cirurgiões vasculares.

Outros Serviços destinam seus pacientes do SUS para cirurgias abertas e os pacientes de planos de saúde, para as endovasculares. Isso é antiético e fere o princípio da bioética da Justiça, não se justificando pela necessidade de formar novos cirurgiões vasculares, pois se esquecem que a Medicina está voltada ao paciente e não ao médico.

A ampliação do tempo da RM em Cirurgia Vascular seria a solução, porém torna a especialidade menos atrativa ao médico e com a formação mais onerosa para os Serviços, restando aos mesmos a alternativa de treinamento em simuladores de cirurgias abertas.

Os simuladores de cirurgias abertas não contam com as benesses da indústria de materiais, sendo que, neste caso, poderiam ser utilizados em encontros de formação promovidos pela SBACV, como forma de diminuir os custos.

Esta é uma reflexão sobre as condições atuais éticas e bioéticas do ensino da Cirurgia Vascular, que visa abrir a discussão para uma solução conjunta deste problema.

Texto de Jorge R. Ribas Timi, cirurgião vascular e advogado especializado em Direito Médico.





PARANÁ VASCULAR 2022

XX ENCONTRO PARANAENSE

DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR,
ANGIOLOGIA E ECOGRAFIA VASCULAR

VEM AÍ A 20ª EDIÇÃO DO PARANÁ VASCULAR!

REALIZAÇÃO



SBACV-PR
www.sbacvpr.com.br
Para nossa especialidade sempre melhor®

EVENTO ON-LINE
26-28/MAIO

APOIO



SBACV
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

PROGRAMAÇÃO

SALA ARTERIAL

26/05/2022
Quinta-feira - 19h30

SALA VENOSO

DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA

ECODOPPLER VENOSO
DE MEMBROS INFERIORES

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE MMII

FLEBOESTÉTICA

27/05/2022
Sexta-feira - 19h30

ANEURISMAS

TEV I

CARÓTIDAS

PROCEDIMENTOS VENOSOS
ENDOVASCULARES

28/05/2022
Sábado - 08h30

EMBOLOGIAÇÕES

COMO EU TRATO INSUFICIÊNCIA DE
VEIA SAFENA?

INVASÃO DA ANGIOLOGIA
E DA CIRURGIA VASCULAR

TEV II

PÉ DIABÉTICO

MISCELÂNEAS

Para mais informações:

www.paranavascular2022.com.br

44º Congresso Brasileiro será em agosto e reunirá especialistas do Brasil e do mundo

Depois de lutar pela realização de um evento presencial, o que levou ao adiamento do 44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular para agosto de 2022, o angiologista e cirurgião vascular Antonio Carlos de Souza está convencido de ter tomado a decisão mais acertada em benefício do associado da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV). O evento já conta com 34 patrocinadores, o que torna viável a sua realização dentro dos padrões de qualidade ditados pela entidade. Serão 300 palestrantes nacionais e 40 painelistas internacionais.

O Congresso Brasileiro das especialidades chega a Brasília pela primeira vez em sua história e movimentará a capital federal entre os dias 15 e 19 de agosto. Será realizado no Centro de Convenções Ulysses Guimarães.

Presidente do congresso e diretor da regional da SBACV no Distrito Federal, o Dr. Antonio Carlos, que tem 30 anos de formado, destaca a importância do evento presencial para que os especialistas aproveitem melhor a jornada de conhecimento e atualização, que já é referência no calendário da SBACV. Segundo ele, a programação foi cuidadosamente pensada para trazer ao angiologista e ao cirurgião vascular temas e experiências de grande relevância para o dia a dia de seus consultórios.

Nesta entrevista, ele fala da programação, dos cuidados com a pandemia e das facilidades para a inscrição.

Como estão os preparativos e qual sua expectativa para o congresso deste ano?

A SBACV-DF ganhou, em 2017, o direito de ser a anfitriã do Congresso Brasileiro. Desde então, estamos trabalhando para o evento, que seria em outubro de 2021, mas fomos pegos pela pandemia. Nós não queríamos um congresso virtual. Não estávamos dispostos a realizar mais um evento on-line. Com o adiamento para agosto de 2022, a comissão organizadora



Dr. Antonio Carlos de Souza.



Centro de Convenções Ulysses Guimarães.

Agência Brasília





passou a trabalhar com a perspectiva de realização do “grande reencontro”, totalmente presencial.

Na verdade, um evento virtual de cinco dias seria muito pouco produtivo. Mais importante do que isso, o cirurgião necessita de trocas de experiências. Precisamos de contato com os novos dispositivos, medicamentos e modelos de cuidados. Por quê? Porque ainda não se faz cirurgia só a distância. Nós fazemos cirurgia de contato, precisamos de material, de produto, de novos dispositivos, de equipamentos e, principalmente, de aprendizado compartilhado pelos colegas.

Nosso congresso será presencial. É importante frisar que não será nem mesmo híbrido, é todo presencial. Entretanto, teremos o benefício de contar com muitos palestrantes internacionais por meio de videoconferência, um ganho alavancado pela experiência de eventos durante a pandemia. Teremos muito mais palestrantes internacionais do que nas edições anteriores. Entretanto, não haverá *link* para transmissão *on-line*

dentro do Brasil. Então, se tiver um colega em São Paulo ou em qualquer lugar do país que esteja esperando um *link* para assistir ao congresso, não terá, pois estamos trabalhando para fazer um evento 100% presencial. Será o grande reencontro.

E como está a estrutura do congresso hoje? De 2017 pra cá, mudou o que estava no seu plano?

Mudou tudo, completamente. Todos os contratos foram revistos, passamos por uma fase de ajuste do orçamento. Estávamos trabalhando com o orçamento do último congresso, de 2019, para fazer um evento três anos depois na capital do Brasil, onde tudo é mais caro. Enfrentamos esse problema, mas já superamos. O congresso é viável em termos econômicos, pois estamos com 34 patrocinadores.

A adesão está acima da média, inclusive em termos do número de patrocinadores interessados. O mercado está vendo uma probabilidade muito grande de que o congresso aconteça

mesmo. Os colegas do Brasil inteiro estão empenhados em vir para Brasília. Estamos, portanto, nos dedicando diuturnamente para que os vasculares e angiologistas tenham uma experiência inesquecível no 44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascolar.

Como avalia o cenário da pandemia e como pretendem lidar com os riscos?

Estamos criando um consciente coletivo sobre as novas regras de convívios e de cuidados, sabendo que novas variantes podem acontecer, a exemplo de outras viroses. De alguma forma, a pandemia nos deu uma certa trégua, o que nos permite entrar em um processo de voltar ao novo normal. Estudos indicam que estamos caminhando para uma endemia, que terá de ser administrada. Nós não estamos pensando num evento sem máscara, sem cuidado, sem distanciamento. Estamos pensando um evento onde os protocolos sanitários serão mantidos, de acordo com as exigências. O auditório Master, por exemplo, tem 3.500



lugares, espaço suficiente para manter o distanciamento social, caso seja esta a exigência. Não faremos nada de forma irresponsável.

Como foi pensada a programação? Houve mudanças?

Houve mudanças em um aspecto muito interessante. Antes da pandemia, os convidados internacionais vinham presencialmente. No último congresso, tivemos aproximadamente 20 convidados internacionais. Todos eles vieram presencialmente ao Brasil, com os gastos inerentes a uma viagem internacional. Hoje, temos uma outra realidade. Será possível fazer o braço internacional no formato de videoconferência, com a possibilidade de interação em tempo real.

Neste caso, haverá transmissão *on-line* de palestrantes internacionais dentro dos auditórios, apenas destes, com a devida tradução simultânea, mas com total interação com o público presente. Vamos utilizar essa prerrogativa da tecnologia para aumentar muito o número de palestrantes internacionais, que vão participar de forma remota. Isso, mais uma vez, apenas para painelistas internacionais. Já temos 31 palestrantes internacionais confirmados e vamos chegar a 40.

Quais são os grandes temas da programação do congresso?

Este será o maior congresso da história da SBACV em termos de espaço físico. Nós teremos quatro auditórios – o auditório Master, com 3.500 lugares; o auditório Alvorada, com 800 lugares; o Planalto, com 260 lugares; e o Águas Claras, com 160 lugares. Além disso, teremos mais seis salas, com 100 lugares cada uma, dedicadas a uma temática.

Preparamos uma programação forte. A inovação que vamos trazer para dentro do Congresso Brasileiro é uma grande pitada de gestão de consultório, além da temática da especialidade arterial, das doenças venosas e linfáticas. A matriz temática está muito abrangente e a programação preliminar já está disponível no site.

Além disso, teremos eventos paralelos, como o VII Congresso Brasileiro de Ligas Acadêmicas de Cirurgia Vasculare Endovascular, Simpósio de Compressão (em parceria com ICC), Simpósio de Acessos Vasculares para Hemodiálise, Curso de Manobras Avançadas no Trauma Vasculare o Simpósio de Pé Diabético.

Também teremos a apresentação de temas livres dos melhores trabalhos submetidos até o dia 30 de abril.

Por que esse tema se tornou importante?

Porque, principalmente durante a pandemia, novos paradigmas foram instalados. Vou dar o exemplo da telemedicina, que não pudemos discutir a fundo. Nós vamos ter uma mesa só de telemedicina, os aspectos médicos, legais e práticos. Na questão da gestão de consultório, temos novos egressos, os formandos da Cirurgia Vasculare da Angiologia, que têm essa necessidade de uma formação básica em gestão, principalmente para lidar com consultório como se fosse uma empresa, que é, mas que não existe na formação do médico. Na formação do médico não tem absolutamente nada de educação financeira e nós vamos colocar uma sala sobre gestão, educação financeira e marketing, e o papel das redes sociais.

Que mensagem gostaria de deixar para o médico associado da SBACV?

Façam sua inscrição. Nosso site está no ar e todos já podem se inscrever. Estamos com preços muito parecidos com os de 2019 e o especialista pode dividir em até cinco vezes, sem juros, no cartão de crédito. Queremos que todos que trabalham com saúde vascular estejam presentes no Grande Reencontro em Brasília.

SERVIÇO

44° Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vasculare

Data: 15 a 19 de agosto

Local: Centro de Conveções Ulysses Guimarães (CCUG) – SDC - Brasília (DF)

Inscrições: <https://vascularbrasil2022.com.br/>

Informações: +55 (11) 99874.8831 / 99115.2998 / 99993.4643 / 97310.9779



O GRANDE REENCONTRO

O evento científico mais esperado da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular!

www.vascularbrasil2022.com.br

Inscreva-se agora!



44° CBACV

EU VOU

BRASÍLIA 2022

15 a 19 de Agosto de 2022 | Centro de Convenções Ulysses Guimarães | Brasília-DF



Vecasten[®] gel

A combinação sinérgica no alívio do desconforto das pernas

Melilotus officinalis (L.) Pall



Aesculus hippocastanum L.

(Castanha da Índia)

- ✓ **Hipoalergênico**
- ✓ **Dermatologicamente testado**
- ✓ **Odor agradável e sensação de refrescância**




Modo de uso:

Aplicar 2 vezes ao dia nas pernas, massageando suavemente.



Escaneie o código para **mais informações sobre Vecasten[®] gel**

Revisiting carotid endarterectomy: Neobulb technique using external carotid artery as a patch

Adalberto P Araujo^{1,2}, Cristiane F Araujo-Gomes^{2,3}, Douglas Poschinger-Figueiredo^{2,3},
Carlos Felipe S Delgado², Monica R Mayall^{2,3}, Flavia FB Campanario² and
Carlos Eduardo Virgini-Magalhães³

Abstract

Objectives: This study describes an alternative carotid bifurcation endarterectomy technique in which the external carotid artery is used as a suture patch.

Methods: Charts of ten patients with atherosclerotic carotid stenosis that were treated using the neobulb technique between 2002 and 2019 were reviewed.

Results: No major surgical adverse event was observed in the postoperative assessments. No postoperative common or internal carotid stenosis was observed in the mid- or long-term follow-up.

Conclusions: The neobulb technique allows carotid endarterectomy closure without a synthetic or venous patch, using the external carotid artery as an autologous patch, while preserving distal flow into the external carotid artery branches.

Keywords

Carotid stenosis, carotid endarterectomy, external carotid artery, internal carotid artery, suture techniques

Introduction

The efficacy of carotid endarterectomy to prevent cerebrovascular accident in symptomatic and asymptomatic patients has been proven in several randomized clinical trials since NASCET, ACAS and ECST trials in the 1990s.¹⁻⁵

In the early days of carotid endarterectomy, the standard technique was a longitudinal arteriotomy from the common carotid to the internal carotid artery, with the removal of the atheromatous plaque, followed by primary closure. Several publications have shown that endarterectomy closure with a patch reduces the occurrence of intimal hyperplasia and other healing effects in the reduction of the arterial lumen, allowing normal patency in the short- and long-term.^{6,7}

Although the use of carotid patches is a safe and powerful technique in many circumstances, these advantages are also accompanied by potential risks, like higher restenosis rates, rupture and infection. The latter is especially related to the use of synthetic patches.⁸⁻¹¹

Some authors in the recent past were pioneers in proposing other techniques for carotid endarterectomy, superior to primary closure, but without the use of synthetic or vein patches.¹²⁻¹⁴ Although elegant and practical, these techniques were not widely recognized and were not universally adopted by carotid surgeons over time.

This study describes a surgical technique, with details and illustrations, in which autologous external carotid artery is used as a patch, without sacrificing the distal external carotid flow, to avoid patches of other natures. We call it the neobulb technique.

¹ Department of Vascular Surgery, Clementino Fraga Filho University Hospital (HUCFF), Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

² Angiocardiological Centre, Rio de Janeiro, Brazil

³ Teaching and Health Care Unit of Vascular and Endovascular Surgery, Pedro Ernesto University Hospital (HUPE), Rio de Janeiro State University (UERJ), Rio de Janeiro, Brazil

Corresponding author:

Adalberto P Araujo, Angiocardiological Centre, Rua Vice Governador Rubens Berardo, Nº 125, Bl. 2 / Ap. 101 G´avea, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22451-070, Brasil.
Email: adalbertopa@gmail.com



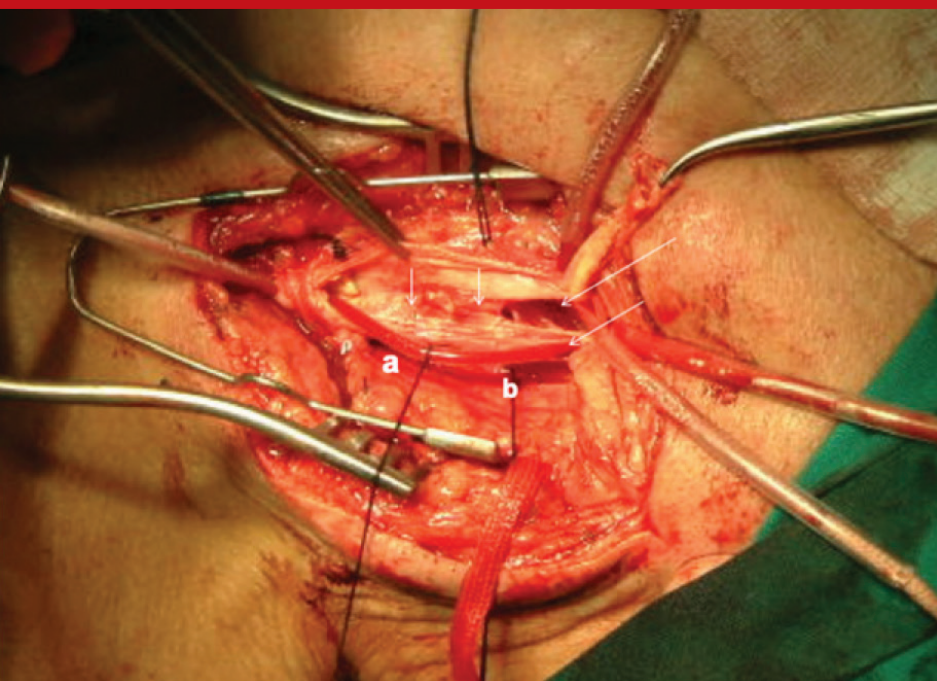


Figure 1. Arteriotomy extended from the common carotid to the bifurcation (a). It is prolonged in a Y-shape by the anteromedial and anterolateral carotid walls (b). Observe the native bulb (short arrows) and where the neobulb will be set (long arrows).

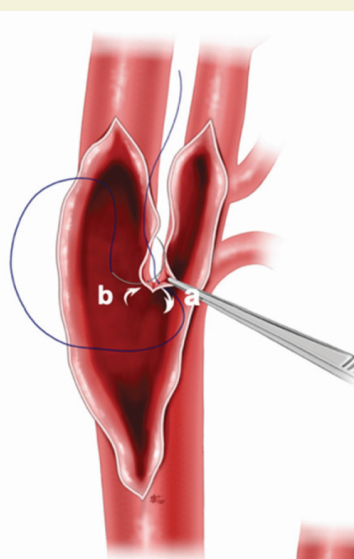
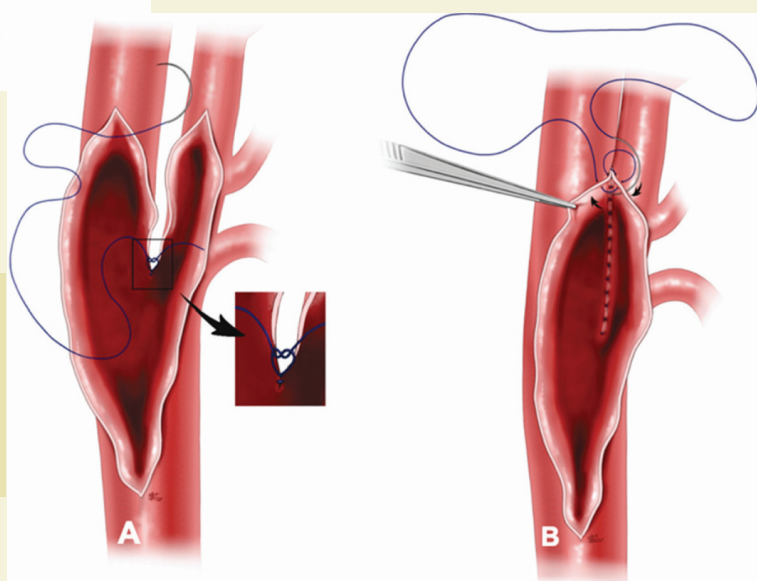


Figure 2. The suture begins at the angle of the constructed Y (straight arrow). The needle passed (a) from outside into the external carotid artery and (b) from inside out in the internal carotid artery.

Figure 3. (a) One of the needles was discarded, and the knots were applied at the angle (large black arrow); (b) the posterior suture has already been completed and has already circumvented the angle formed by the prolongation of the legs of the built Y.



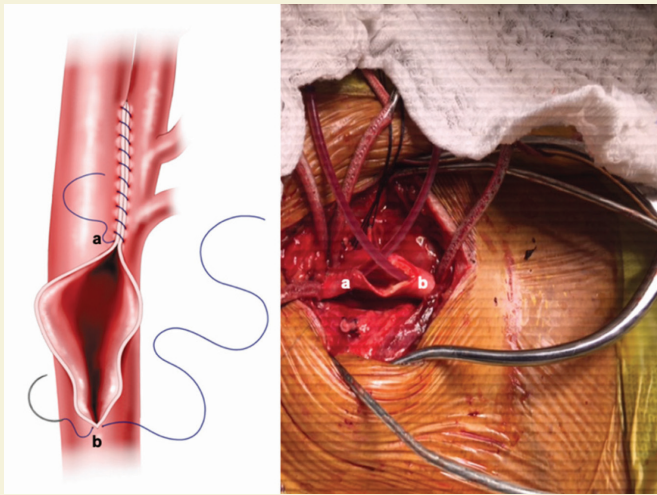
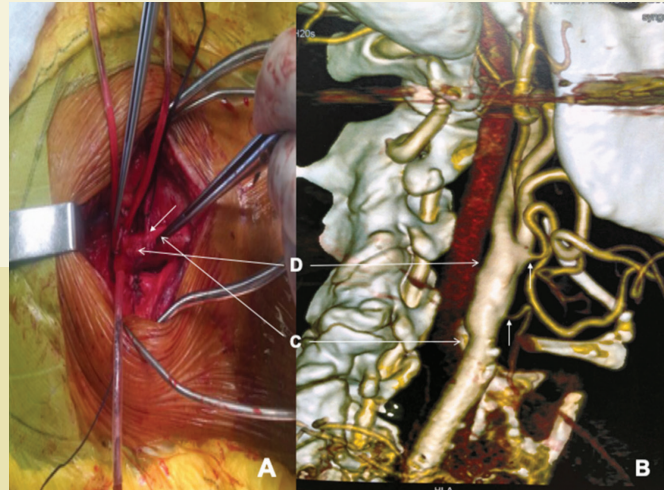


Figure 4. (a) The suture continued in the caudal direction up to the bulb level; (b) suture was restarted from the angle of the arteriotomy in the common carotid.

Figure 5. (a) Endarterectomy closure and (b) 2-year CTA, (c) native bulb, and (d) neobulb. It is possible to observe that the superior thyroid art. and the lingual art. emerge from the external carotid, which was incorporated into the neobulb (short arrows).



Comentário

A endarterectomia é o tratamento de primeira escolha na maioria dos pacientes com estenoses sintomáticas e em pacientes selecionados com estenoses assintomáticas da carótida extracraniana. A vasta literatura sobre a endarterectomia da carótida (EAC) acumulada em mais de meio século de experiência clínica mostra que os resultados da EAC dependem de técnica cirúrgica precisa, nos seus mínimos detalhes. Uma das etapas que influenciam os resultados é a técnica de fechamento da arteriotomia realizada para retirada da placa de ateroma.

Depois de décadas de controvérsias sobre a melhor técnica de fechamento, consensos e diretrizes recentes recomendam o fechamento da arteriotomia com uso de um remendo (*patch*), para aumentar o diâmetro do segmento endarterectomizado da ca-

rótida e prevenir reestenose. Os materiais usados como remendo são: veia autóloga, lâminas de tecido sintético como Dacron e PTFE, e pericárdio bovino. As publicações indicam que há pouca diferença entre os resultados dos diversos materiais usados como remendo.

No presente artigo, Araújo A P et al descrevem uma técnica inovadora de fechamento da arteriotomia, usando como remendo o segmento inicial da carótida externa. Os autores batizaram a nova técnica de *neobulb technique*, pois o uso da carótida externa como remendo cria novo bulbo carotídeo ao longo do segmento endarterectomizado. A principal vantagem da nova técnica é o uso de uma artéria como remendo, o que reduz o risco de hiperplasia intimal, reestenose e infecção associada ao uso de outros materiais. A desvantagem é a limitação anatômica, que exige que

as carótidas interna e externa sejam paralelas e próximas, a partir da bifurcação.

A técnica inovadora de Araújo AP et al deve ser estudada por todo cirurgião que realiza endarterectomia da carótida, pois pode ser uma opção técnica interessante em casos que preencham os critérios anatômicos para sua utilização.

Araujo AP, Araujo-Gomes CF, Poschinger-Figueiredo D, Delgado CFS, Mayall MR, Fb Campanario F, Virgini-Magalhães CE. Revisiting carotid endarterectomy: neobulb technique using external carotid artery as a patch. *Vascular* 2021; Dec 31;17085381211052378. doi:10.1177/17085381211052378. PMID:34971332. Online ahead of print.

Comentário: Ricardo C. Rocha Moreira, SBACV-PR.



30th WORLD CONGRESS



INTERNATIONAL UNION
OF **ANGIOLOGY**



CONESUL 2022
XV Encontro de Angiologia e de
Cirurgia Vascular do Conesul



13 a 15 Outubro 2022

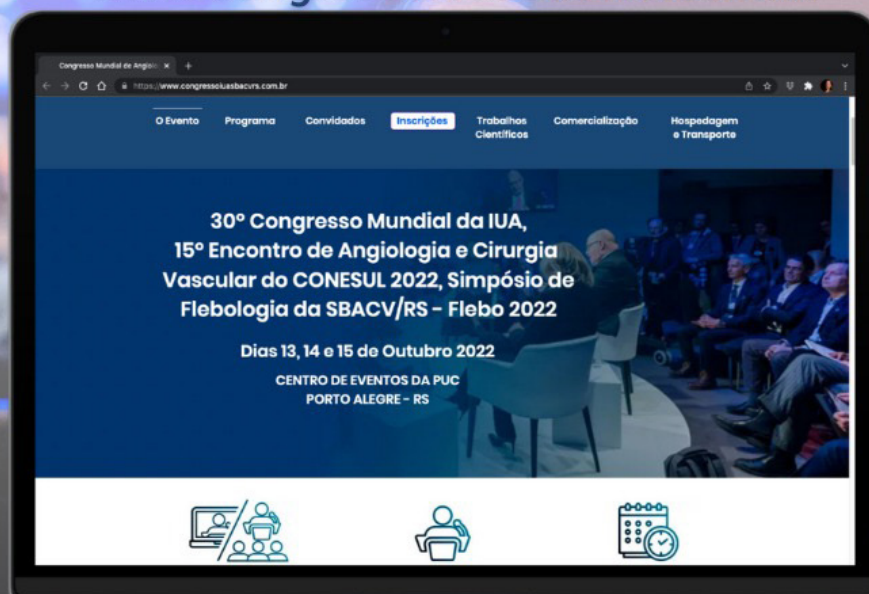
Porto Alegre | Brasil

Centro de Eventos da PUCRS - prédio 41

FAÇA SUA INSCRIÇÃO

LINK NA BIO E NO SITE DA SBACV RS

www.congressoivasbacvrs.com.br



PROMOÇÃO:



**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR**
REGIONAL DO RIO GRANDE DO SUL
REGIONAL SANTA CATARINA
REGIONAL PARANÁ



International Union of Angiology
Society for Vascular Medicine, Vascular Surgery
and Endovascular Intervention
Union Internationale d'Angiologie
une Société pour la Médecine et la Chirurgie Vasculaire ainsi que les
Interventions Endovasculaires

APOIO:



SBACV
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

ORGANIZADORA:



55+ (51) 993583746 / 99358.3544 •Whatsapp



Proteção adequada para os diferentes perfis de pacientes com EP/TVP¹⁻⁵

Xarelto® É O DOAC MAIS ESTUDADO EM PACIENTES COM TROMBOSE ASSOCIADA A CÂNCER

- ◆ Xarelto® tem o mais robusto programa de estudos de anticoagulação em pacientes com CAT, o programa CALLISTO que contempla estudos clínicos e de vida real que confirmam a consistente eficácia e segurança da Rivaroxabana em pacientes oncológicos.¹⁻³
- ◆ Xarelto® está recomendado nos guidelines da ISTH, ASCO, ESC e ITAC para o tratamento de pacientes CAT.^{6,7,8,9}

PROTEÇÃO EFICAZ E FLEXÍVEL PARA O TRATAMENTO ESTENDIDO DE EP/TVP

- ◆ Xarelto® oferece tratamento eficaz, com baixas taxas de sangramento maior (<1%), sendo recomendado para o tratamento estendido de pacientes com alto risco de recorrência de TEV.⁴⁻⁵
- ◆ Recomendado para tratamento estendido para EP/TVP no ESC guideline 2019.⁸



MAIS 1408* PRATOS DA VOVÓ

GRAÇAS A PROTEÇÃO QUE VOCÊ OFERECE AOS PACIENTES COM TEV

TVP: Trombose Venosa Profunda; EP: embolia pulmonar; CAT: Trombose associada a câncer; DOAC: anticoagulante oral direto

*Dado fictício, meramente ilustrativo, não retirado de publicação científica.

**Rivaroxabana não necessita, diferentemente de outros DOACs usados em trombose associada a câncer, de tratamento inicial com heparina de baixo peso molecular. Definido como sangramento fatal, HIC e sangramento em órgão crítico.

REFERÊNCIAS: • 1. BACH M, BAUERSACHS R. SPOTLIGHT ON ADVANCES IN VTE MANAGEMENT: CALLISTO AND EINSTEIN CHOICE. THROMB HAEMOST. 2016 SEP 28;116(SUPPL. 2):S24-S32. DOI: 10.1160/TH16-06-0486. • 2. COHEN AT, MARAVEYAS A, BEYER-WESTENDORF J, LEE AYY, MANTOVANI LG, BACH M, COSIMO INVESTIGATORS. COSIMO - PATIENTS WITH ACTIVE CANCER CHANGING TO RIVAROXABAN FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENT VENOUS THROMBOEMBOLISM: A NON-INTERVENTIONAL STUDY. THROMB J. 2018 SEP 4;16:21. DOI: 10.1186/s12959-018-0176-2. ECOLLECTION 2018 • 3. YOUNG AM, MARSHALL A, THIRUWALL J, CHAPMAN O, LOKARE A, HILL C, HALE D, DUNN JA, LYMAN GH, HUTCHINSON C, MACCALLUM P, KAKKAR A, HOBBS FDR, PETROU S, DALE I, POOLE CJ, MARAVEYAS A, LEVINE M. COMPARISON OF AN ORAL FACTOR XA INHIBITOR WITH LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN IN PATIENTS WITH VENOUS THROMBOEMBOLISM: RESULTS OF A RANDOMIZED TRIAL (SELECT-D). J CLIN ONCOL. 2018; 36(20):2017-2023. • 4. EINSTEIN INVESTIGATORS, BAUERSACHS R, BERKOWITZ SD, BRENNER B, BULLER HR, DECOUSUS H, GALLUS A, LENSING AW, MISSELWITZ F, PRINS MH, RASKOB GE, SEGERS A, VERHAMME P, WELLS P, AGNELLI G, BOUNAMEAUX H, COHEN A, DAVIDSON BL, PIOVELLA F, SCHELLONG S. ORAL RIVAROXABAN FOR SYMPTOMATIC VENOUS THROMBOEMBOLISM. N ENGL J MED 2010;363:2499-510. • 5 WEITZ JJ, LENSING AWA, PRINS MH, BAUERSACHS R, BEYER-WESTENDORF J, BOUNAMEAUX H, BRIGHTON TA, COHEN AT, DAVIDSON BL, DECOUSUS H, FREITAS MCS, HOLBERG G, KAKKAR AK, HASKELL L, VAN BELLEN B, PAP AF, BERKOWITZ SD, VERHAMME P, WELLS PS, PRANDONI P. EINSTEIN CHOICE INVESTIGATORS. RIVAROXABAN OR ASPIRIN FOR EXTENDED TREATMENT OF VENOUS THROMBOEMBOLISM. N ENGL J MED 2017;376:1211-22. • 6. FARGE D, BOUNAMEAUX H, BRENNER B, CAJFINGER F, DEBOURDEAU P, KHORANA AA, PABINGER I, SOLYMOS S, DOUKETIS J, KAKKAR A. INTERNATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINES INCLUDING GUIDANCE FOR DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS WITH CANCER. LANCET ONCOL. 2016;17(10): E452-E466 • 7. KEY NS, KHORANA AA, KUDERER NM, BOHLKE K, LEE AYY, ARCELUS JJ, WONG SL, BALABAN EP, FLOWERS CR, FRANCIS CW, GATES LE, KAKKAR AK, LEVINE MN, LIEBMAN HA, TEMPERO MA, LYMAN GH, FALANGA A. VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CANCER: ASCO CLINICAL PRACTICE GUIDELINE UPDATE. J CLIN ONCOL. 2020;38(5):496-520 • 8. KONSTANTINIDES SV, MEYER G, BECATTINI C, BUENO H, GEERSING GJ, HARJOLA VP, HUISMAN MV, HUMBERT M, JENNING S CS, JIMENEZ D, KUCHER N, LANG IM, LANKETT M, LORUSSO R, MAZZOLAI L, MENEVEAU N, NIAINLE F, PRANDONI P, PRUSCZYK P, RIGHINI M, TORBICKI A, VAN BELLE E, ZAMORANO JL; ESC SCIENTIFIC DOCUMENT GROUP. 2019 ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ACUTE PULMONARY EMBOLISM DEVELOPED IN COLLABORATION WITH THE EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS). EUR HEART J. 2020;41(4):543-603. • 9. KHORANA AA, NOBLE S, LEE AYY, SOFF G, MEYER G, O'CONNELL C, CARRIER M. ROLE OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT OF CANCER-ASSOCIATED VENOUS THROMBOEMBOLISM: GUIDANCE FROM THE SSC OF THE ISTH. J THROMB HAEMOST 2018; 16:1891-1894.

XARELTO®: RIVAROXABANA 2,5 MG / 10 MG / 15 MG / 20 MG. REG. MS 1.7056.0048. INDICAÇÕES: XARELTO® 10 MG, 15 MG E 20 MG: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (FANV). TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP E EMBOLIA PULMONAR (EP) RECORRENTES APÓS TVP AGUDA, EM ADULTOS. TRATAMENTO DE EP E PREVENÇÃO DE EP E TVP RECORRENTES EM ADULTOS. PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA DE JOELHO OU QUADRIL. XARELTO® 2,5 MG, COADMINISTRADO COM ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) 100 MG: PREVENÇÃO DE EVENTOS ATEROtrombóticos (AVC, INFARTO DO MIOCÁRDIO E MORTE CARDIOVASCULAR) EM PACIENTES ADULTOS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) OU DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (DAP) SINTOMÁTICA EM ALTO RISCO DE EVENTOS ISQUEMÍCOS. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCÍPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. TRATAMENTO CONCOMITANTE DE DAC/DAP COM AAS EM PACIENTES COM AVC HEMORRÁGICO OU LACUNAR PRÉVIO OU QUALQUER AVC DENTRO DE UM MÊS. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM ANTIMICÓTICOS AZÓLICOS OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV, POTENTES INIBIDORES DO CYP3A4 E DA GP-P; COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLCR <15 ML/MIN), VALVULAS CARDÍACAS PROSTÉTICAS. DEVE SER INTERROMPIDO ANTES DE INTERVENÇÃO OU CIRURGIA. XARELTO® 2,5 MG DUAS VEZES AO DIA NÃO É INDICADO EM ASSOCIAÇÃO COM TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA DUPLA. USO COM CAUTELA: PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN) OU GRAVE (CLCR < 30-15 ML/MIN); RECEBENDO MEDIÇÕES CONCOMITANTES QUE LEVAM AO AUMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE RIVAROXABANA NO PLASMA EM PACIENTES TRATADOS, COMO INIBIDORES POTENTES DO CYP3A4; RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO, DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA; MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. ANESTESIA NEURAXIAL (EPIDURAL/ESPINAL), EVENTOS ADVERSOS: ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. POSOLOGIA: PREVENÇÃO DE AVC EM FANV: 20 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN) OU GRAVE (CLCR < 30-15 ML/MIN): 15 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ICP) COM COLOCAÇÃO DE STENT: 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA (OU 10 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA, SE INSUFICIÊNCIA RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN)) ASSOCIADO A UM INIBIDOR DE P2Y12 POR NO MÁXIMO 12 MESES APÓS A ICP COM COLOCAÇÃO DE STENT. TRATAMENTO DO TEV: O TRATAMENTO INICIAL DE TVP E EP AGUDA É DE 15 MG DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA, APÓS PELO MENOS 6 MESES, 10 OU 20 MG UMA VEZ AO DIA, COM BASE EM UMA AVALIAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL. XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO (ATJ): 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ, A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. XARELTO® 2,5 MG 2 VEZES AO DIA PODE SER TOMADO COM OU SEM ALIMENTOS. PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA (CÓD. XAR 2020-03-26-167). PARA INFORMAÇÕES COMPLETAS, VIDE BULA DO PRODUTO (VE0219-CCDS12 E VE0219-CCDS11 VE0319-CCDS14).

CONTRAINDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO.

Essa mensagem não deve ser compartilhada por se destinar somente a profissionais de saúde habilitados a prescreverem ou dispensarem medicamentos.

PP-XAR-BR-0337-1 | © Bayer S/A, junho 2020

